Ueber

Combination maligner Ovarialtumoren mit Magencarcinom

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr Paul von Baumgarten

o. ö. Professor der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie
Vorstand des Pathologischen Instituts in Tübingen

der medizinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

Otto Lamparter
approb. Arzt aus Stuttgart.

Tübingen 1901
Verlag von Franz Pietzcker.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Tübingen.
Referent: Prof. Dr Paul von Baumgarten.

BUCHDRUCKEREI G. SCHNÜRLEN IN TÜBINGEN.

Seinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547024_0001

Bei der Seltenheit des Vorkommens metastatischer Geschwülste im Magen musste die Thatsache auffallen, dass im hiesigen pathologischen Institut mit seinem verhältnismässig kleinen Material in kurzer Zeit 5 Fälle zur Sektion kamen, in denen neben einer malignen Geschwulst der Ovarien, zugleich mit sonstigen Metastasen im Körper, auch im Magen Carcinome gefunden wurden.

Es möge in folgendem zunächst ein Auszug aus den klinischen Protokollen und den Sektionsberichten gegeben werden:

1) Sofie Schmidt, Wochenbettwärterin, 44 Jahre alt, wurde am 12. September 1899 in die hiesige Frauenklinik aufgenommen. Seit Mai dieses Jahres fühlte sich Patientin krank. Um diese Zeit begann die Patientin häufig, fast täglich zu erbrechen. Seit Juli klagt sie über Schmerzen im Leib und Appetitlosigkeit. Auch sei Patientin in letzter Zeit rasch abgemagert.

Patientin ist sehr abgemagert und kachektisch. Die untere Hälfte des Leibes vom Nabel abwärts erscheint vorgetrieben. Die Palpation ist sehr schmerzhaft.

Linkerseits fühlt man neben einem konsistenten Tumor von Kindskopfgrösse einen elastischen, fluktuierenden, diesem aufsitzenden Tumor. Im Abdomen freie Flüssigkeit. Wegen der Schmerzhaftigkeit lässt sich ein genauer, bimanueller Befund nicht aufnehmen; doch lässt sich vom Rectum aus der Uteruskörper vom unteren höckrigen, harten Segmente des Tumors deutlich abtasten. Die Diagnose wurde auf maligne Neubildung im linken Ovarium und Carcinom des Pylorus gestellt. Es wurde die Probelaparatomie ausgeführt. Bei derselben zeigten sich beide Ovarien zu je faustgrossen Tumoren herangewachsen. Diese Tumoren sind derb, auf

dem Durchschnitt von grauweisser Farbe, mit harten, leicht prominierenden Stellen untermischt. Das Gewebe des Stiles, der von Tube und Ligamentum latum gebildet wird, ist überall brüchig. Das Peritoneum ist durchweg mit kleinen, weissen Knötchen durchsetzt. Reichlicher Ascites. Am Pylorus fühlt man eine circuläre, derbe Infiltration. Nach Entfernung der beiden Ovarien wurde die Bauchwunde vernäht. Der Tod erfolgte wenige Tage nach der Operation am 27. September.

Aus dem von Herrn Privatdozent Dr. WALZ abgefassten Sektionsbericht sei folgendes angeführt:

Die Milz ist ziemlich klein, die Kapsel gerunzelt; in der Vena lienalis findet sich ein verästelter, der Wand ganz locker anhaftender Thrombus.

Im Magen findet sich reichlicher, blutig gefärbter Inhalt.

Etwa zwei Finger breit über dem Pylorus an der kleinen Curvatur findet sich ein zweimarkstückgrosses Geschwür mit wallartig verdickten Rändern. In der Tiefe desselben zeigt sich eine für eine dicke Sonde durchgängige Perforation. Die Verdickung der Geschwürsränder ist sehr stark ausgesprochen. Der Grund des Geschwürs ist mit dem Kopf des Pankreas verwachsen. Die Muskulatur ist stark hypertrophisch.

Im Abdomen findet sich eine reichliche Menge schwärzlich gefärbter, trüber Flüssigkeit. Beide Ovarien sind operativ entfernt. In der Gegend des rechten Ovariums liegen ziemlich derbe infiltrierte Gewebsmassen im Bindegewebe; ein zelliger Saft lässt sich von denselben nicht abstreichen. Die retroperitonealen Lymphdrüsen der Aorta entlang sind markig geschwollen.

Die anatomische Diagnose, soweit sie hier in Betracht kommt, lautet: Cylinderzellencarcinom der kleinen Curvatur des Magens mit Metastasenbildung in den Lymphdrüsen. Fibrosarcom der Ovarien.

Perforation des Magencarcinoms, Perforationsperitonitis.

Der zweite Fall betrifft die verheiratete 42 Jahre alte Friederike Schneider, welche am 27. Oktober 1899 in die chirurgische Klinik zu Tübingen aufgenommen wurde. Laut Anamnese klagt die Frau über öfteres Übelsein seit 1/4 Jahr, ferner über Schmerzen in der rechten unteren Bauchseite. Seit 4 Wochen stär-

kere Schmerzen und Auftreibung des Leibes. In letzter Zeit verfielen die Kräfte der Patientin äusserst rasch, und es trat häufiges Erbrechen auf. Kurz vor ihrer Aufnahme in die hiesige Klinik wurde das Abdomen der Patientin vom Arzte punktiert und 2 1/2 L. gelbgrüner, klarer Flüssigkeit entleert. Nach der Punktion konnte in der Ileocoecalgegend ein faustgrosser, derber, breitbasig aufsitzender, sehr druckempfindlicher Tumor konstatiert werden.

Der in der Klinik aufgenommene Status ergab:

Hochgradig abgemagerte Frau, ohne Ödeme, mit stark aufgetriebenem Abdomen. Freier Ascites. In der Ileocoecalgegend etwa faustgrosse, derbe Resistenz, welche sehr druckempfindlich ist.

Am 1. November wurde die Laparatomie ausgeführt. Das ganze viscerale und parietale Blatt des Peritoneums zeigte sich mit weisslichen, bis linsengrossen Knötchen besetzt; in der Mitte der kleinen Beckenöffnung präsentiert sich ein vom rechten Ligamentum latum neben der Tube ausgehender kindskopfgrosser Tumor. Der Tod erfolgte am 3. November unter Kollaps.

Aus dem Sektionsprotokoll (Obducent: Privatdozent Dr. WALZ) sei folgendes mitgeteilt:

Stark abgemagerte, weibliche Leiche. Das Abdomen etwas aufgetrieben, fühlt sich schwappend an. In der Mittellinie findet sich vom Nabel bis zur Symphyse reichend eine durch Nähte verschlossene, reactionslose Wunde. Bei Eröffnung entleert sich Luft in geringer Menge und 2 L einer klaren, dunkelgelben Flüssigkeit. Das Netz sieht man als derben Strang in der Mitte quer von rechts nach links ziehend; derselbe setzt sich zusammen aus einer grossen Menge stecknadelkopf- bis erbsengrosser Knötchen von weisslicher Farbe.

Das Colon transversum ist durch ebensolche kleinknotige Massen dicht an die Curvatur des Magens herangezogen. Der Magen zeigt in der Gegend des Pylorus, 2 Finger breit medianwärts vom Knorpelansatz der achten rechten Rippe einen kleinapfelgrossen, die ganze Pylorusgegend einnehmenden, derben Tumor.

Die Leber schneidet mit dem Rippenbogen ab, ihre Oberfläche fühlt sich rauh an durch stecknadelkopfgrosse Knötchen; ihr unterer Rand ist im rechten Lappen etwas abgestumpft. Das Liga-

mentum hepatogastricum ist ebenfalls völlig eingenommen von kleinen Knötchen und einem grösseren, etwa pflaumengrossen Knoten von höckriger, derber Beschaffenheit und grauweisser Farbe. Er ist mit der kleinen Curvatur und der Cardia des Magens innig verwachsen.

Überall am Dick- und Dünndarm finden sich unter der Serosa zahllose stecknadelkopf- bis erbsengrosse, grauweisse Knötchen.

Das Mesenterium ist verdickt, in eine derbe, höckrige, grauweisse Gewebsmasse verwandelt, bedeckt von zahlreichen, den oben beschriebenen entsprechenden Knötchen.

Der Uterus steht etwa 2 Querfinger unter der Symphyse; er ist nach rechts gedrängt durch einen stark mannsfaustgrossen Tumor, welcher links hinter dem Uterus liegt. Der beschriebene Tumor fühlt sich derb, elastisch an. Mit der hinteren Beckenwand ist derselbe nicht verwachsen. Die Tube zieht unverändert über ihn weg. Das linke Ovarium ist nicht zu fühlen. An Stelle des rechten Ovariums findet man nur einen durch Ligaturen abgeschnürten, sanguinolent verfärbten und mit Gerinseln bedeckten Stiel. Das ganze Peritoneum parietale von der Symphyse bis zur unteren Fläche des Zwerchfells ist bedeckt von stecknadelkopfgrossen bis fünfzigpfennigstückgrossen gelblichen Knötchen.

Der Magen ist erfüllt mit reichlichen flüssigen Massen; die Schleimhaut ist macerirt und stark verdünnt, bedeckt mit reichlichem schleimigem Sekret. Der Pylorus ist rings umschlossen von einem derben Tumor, so dass man mit Mühe mit einem Finger durchkommt. Der Tumor nimmt eine Breite von ca. 3 cm ein, nach dem Magen und dem Duodenum zu ist er wallartig abgegrenzt und zeigt eine unregelmässige etwas höckrige Innenfläche. Die Wand des Tumors ist etwa 1 cm dick, auf dem Durchschnitt graurötlich; es lässt sich ein weisslicher Saft abstreichen.

An der grossen Curvatur geht der Tumor ohne Grenze in die schwielig knotigen Verdickungen des Ligamentum gastrocolicum über.

Im linken wie im rechten Lappen der Leber sieht man vereinzelte erbsengrosse Knötchen durchschimmern. Die Oberfläche ist besonders links leicht uneben. Auf dem Durchschnitt ist die acinöse Zeichnung sehr deutlich.

Die erwähnten Knötchen liegen nur unter der Serosa, im Inneren finden sich keine Metastasen. Auch an der Gallenblase zeigen sich bis linsengrosse grauweisse Knötchen.

Das Pankreas ist vergrössert, zeigt dicht unterhalb der Rinde einige erbsengrosse Knötchen eingelagert. Von der oberen Kante des Pankreas ziehen sich von Knötchen durchsetzte Stränge bis zur kleinen Curvatur hin.

Der Uterus ist kleinapfelgross, seine Wand von gewöhnlicher Dicke. An Stelle des rechten Ovarium findet sich der bereits beschriebene Stumpf.

Die linke Tube zeigt annähernd normale Configuration; sie ist drehrund, kaum bleistiftdick, zeigt glatten Überzug. Etwa 2 Finger unterhalb derselben setzt sich am Ligamente der bereits beschriebene etwa zweimannsfaustgrosse Tumor an. Im oberen Teile zeigt er eine spiegelnd glatte Oberfläche, im hinteren unteren ist er mit fibrinösen Auflagerungen bedeckt. Auf dem Durchschnitt zeigt der Tumor graue Partien, die unregelmässig mit rötlichen Partien abwechseln. Die Consistenz des Tumor ist leberartig. Von der Schnittfläche lässt sich allenthalben emulsiver Saft abstreichen.

Die anatomische Diagnose lautet: Carcinoma simplex des linken Ovariums. Ringförmiges Carcinoma simplex des Pylorus, allgemeine Carcinose des Peritoneums, Metastasen in den retroperitonealen und mesenterialen Lymphdrüsen.

Der dritte Fall kam nicht in klinische Beobachtung. Eine genaue Krankengeschichte liegt daher nicht vor. Die Diagnose des Arztes lautete auf Carcinoma ventriculi oder schwere Bluterkrankung.

Aus dem Sektionsprotokoll (Obducent: Privatdocent Dr. WALZ) sei folgendes angeführt:

Anna Lupfer, $41^1/_2$ Jahre alt, gestorben 15. Januar 1901.

Äusserst abgemagerte, kachectische, anaemische, weibliche Leiche. Bauch eingezogen.

Die Gegend des Magens ist mit der Bauchwand in Kindeshandgrösse verwachsen. Nach Lösung der Verwachsung zeigt sich zwischen der Vorderfläche des Magens und der Bauchwand ein abgekapselter mit missfarbenem Eiter erfüllter Abscess an dieser Stelle

Der Magen bildet daselbst eine knotige derbe halbfaustgrosse Geschwulst mitten im Epigastrium liegend.

Der Fundus ist mit dem Colon transversum verwachsen und reicht bis 2 fingerbreit über den Nabel. Der Magen ist mässig ausgedehnt. Peritoneum im übrigen spiegelnd; keine freie Flüssigkeit im Abdomen. Leber überragt den Rippenbogen um 2 Fingerbreite.

Dicht über dem Pylorus findet sich ein fast faustgrosser Tumor, der ringförmig den Magen umgreift. Auf der Schleimhaut ist dementsprechend ein fünfmarkstückgrosses unregelmässiges Ulcus, mit dicken, wallartigen, zum Teil überstehenden Rändern, das alle Magenwände durchsetzt und nach vorn in ein morsches Geschwulstgewebe übergeht, entsprechend dem obenerwähnten Abscess; eine deutliche Perforation ist nicht zu erkennen, doch ist die Wand zundrig erweicht.

Auf der Schnittfläche zeigt der Tumor sich glatt, alle Schichten des Magens durchsetzend und derb, ein Saft lässt sich nicht abstreichen. Die Muskularis ist hypertrophiert. Im übrigen bietet die Magenschleimhaut nichts Besonderes.

Im Kopfe des Pancreas ein rundlicher, kleinbirngrosser, derber, weissgrauer, isolierter Tumor, von glatter Schnittfläche, von der sich nur wenig Saft abstreichen lässt. Beide Ovarien sind kleinfaustgross, höckrig, auf der Schnittfläche, glatt, derb, solide, von weissgrauer Farbe. Uterus sehr klein.

In der Leber keine Metastasen. Retroperitoneale und epigastrische Lymphdrüssen bis zu Bohnengrösse geschwellt, derb, grau.

Die anatomische Diagnose lautet: Ulcus carcinomatosum ventriculi cum perforatione imminente; Carcinoma pancreatis; Carcinoma ovarii utriusque.

Der 4. Fall betrifft die Maria Tomedi, 17 Jahre alt.

Sie wurde am 16. Januar 1901 in die hiesige Frauenklinik aufgenommen. Laut Anamnese klagte sie seit 3—4 Wochen über Schmerzen im Bauch und Kreuz. Kein Ausfluss; keine Blutung. Die vorher regelmässigen Menses sind seit 1/4 Jahr ausgeblieben. Appetit gering, Stuhlgang täglich. Seit 3—4 Wochen bemerkt Patientin ein Stärkerwerden des Leibes. Der Umfang des Leibes betrug 74 cm. Der Leib ist steinhart. Aus den kleinen Becken ragt bis zum Nabel

ein kugliger, glatter, kaum beweglicher, harter Tumor heraus, der beim Versuch ihn zu bewegen sehr schmerzhaft ist.

Das Corpus uteri liegt retroflektiert, kaum beweglich, anscheinend nicht vergrössert, fest mit dem erwähnten Tumor verwachsen.

Bei der am 22. 1. ausgeführten Laparatomie entleert sich ein reichlicher, gelber, klarer Ascites. Der Tumor ist länglich, an der Oberfläche von leichten Hervorragungen bedeckt, sonst glatt. Consistenz grösstenteils hart, aber mit cystischen Partien durchsetzt, doch überwiegen die soliden Teile. Die Cysten sind von Stecknadelkopf- bis Wallnussgrösse. Die Oberfläche des Tumors wird von der unveränderten Albuginea gebildet.

Der Tumor, der vom rechten Ovarium ausgeht, ist mannskopfgross. Auch das linke Ovarium, das etwa apfelgross ist, wird entfernt.

Am 29. und 30. Januar erfolgten blutige Stuhlentleerungen. Patientin starb am 3. Februar.

Aus dem Sektionsprotokoll (Obducent: Professor Dr. v. BAUMGARTEN) sei angeführt:

Die Bauchwand ist in der Gegend der Laparatomiewunde mit den Baucheingeweiden verwachsen. Die Darmserosa ist spiegelnd und glänzend. In dem oberen Teile des Mediastinum, an der Stelle des Thymus, liegen grosse, knotige, weisse Tumoren. An der kleinen Curvatur befindet sich in einer auf derselben reitenden Form ein schmetterlingsflügelartig gestaltetes Ulcus von der Ausdehnung eines kindlichen Handtellers. Die Ränder des Ulcus sind erhaben und markig infiltriert. Auch der Grund des Ulcus zeigt sich markig infiltriert. Die Infiltration betrifft Mucosa und Submucosa. Die Muscularis erscheint etwas verdickt, hyperplastisch.

Die ganze Lymphdrüsenkette längs der Wirbelsäule nach unten bis zum Rande des kleinen Beckens und oben bis zum Arcus Aortae ist in einen dreifingerbreiten knotigen Strang verwandelt. Die Tumoren der Ovarien sind schon in dem Auszug aus der Krankengeschichte beschrieben.

An der Oberfläche des Peritoneum parietale zahlreiche flache 1/2linsen- bis linsengrosse Knötchen von weisslicher Farbe.

In der Leber finden sich keine Metastasen.

Linke Lunge vergrössert, fühlt sich steif an. Am Hilus lagern grosse, speckige, markig infiltrierte Drüsen. Aus den Bronchien entleert sich schaumiges Sekret. An der Oberfläche ist durch die dünne Pleura durchschimmernd ein Netzwerk von weisslichen Strangen zu sehen, daneben grössere isolierte Knoten, sowie grössere zusammenhängende Infiltrate. Auf Schnitten sieht man das stark gerötete Lungengewebe im Unterlappen spärlich im Oberlappen reichlicher mit weissen Knötchen durchsetzt, die submiliar bis erbsengross sind. Ausserdem bietet sich die Geschwulstbildung in den grösseren und kleineren Bronchien in Form von weissen Infiltraten dar, die zum Teil bis zur Mucosa der Bronchien reichen. Rechte Lunge verhält sich im wesentlichen wie die linke.

Die anatomische Diagnose lautete: Carcinommetastasen nach operiertem doppelseitigem Ovarialcarcinom in den retroperitonealen, mediastinalen und bronchialen Lymphdrusen, sowie in beiden Lungen und im Magen. Mikroskopisch ergab sich: Cystoadenocarcinoma der Ovarien mit multiplen Cysten, die mit Becherzellenbelag austapeziert sind. Cylinderzellencarcinom des Magens ohne Neigung zu Colloidcystenbildung und ohne Becherzellen.

Der 5. Fall betrifft die 41jährige Wirtsfrau Menz, welche am 24. November 1899 in die hiesige Frauenklinik aufgenommen wurde. Seit 12 Jahren will Patientin ein allmäliges Stärkerwerden des Leibes bemerkt haben. In den letzten Wochen rasches Anwachsen des Leibes. Es trat hochgradige Dyspnoe ein. Starke Abmagerung, Appetitlosigkeit und Obstipation.

Der Status ergab ein sehr stark fassförmig aufgetriebenes Abdomen mit deutlicher Fluctuation. Der Uterus ist nach abwärts gedrängt, durch das vordere Scheidengewölbe zu fühlen. Durch das hintere Scheidengewölbe lassen sich höckerige Bestandteile des Tumors abtasten, die bei Berührung sehr schmerzhaft sind.

Bei der am ersten Dezember ausgeführten Laparatomie zeigte sich auf dem Peritoneum des Netzes eine grosse Anzahl kleiner weisslicher Knötchen. Es entleeren sich aus dem Abomen etwa 10 l klarer Flüssigkeit.

Im Abdomen liegt ein vom rechten Ovarium ausgehender

mannskopfgrosser solider Tumor, von mässig weicher Consistenz und brüchiger Beschaffenheit der Gewebe. Oberfläche unregelmässig höckrig. Vom linken Ovarium geht ein etwa kindskopfgrosser Tumor von derselben Beschaffenheit wie der rechte aus. Der Tod erfolgte am 21. Dezember.

Aus dem Sektionsprotokoll (Obducent: Privatdocent Dr. WALZ) sei angeführt:

Magen und Colon transversum sind sehr stark gebläht. Die Serosa der vorliegenden Därme ist spiegelnd und glatt. Die linke Bauchseite ist ausgefüllt durch einen bis 4 cm dicken über handgrossen Tumor, welcher durch das stark verdickte mit weisslichen Gewebsmassen durchsetzte grosse Netz dargestellt wird. Das ganze Peritoneum parietale ist durchsetzt mit miliaren bis erbsengrossen Knötchen; ebenso findet sich über dem Eingang des Beckens links in der Nähe der Spina iliaca anterior superior ein über nussgrosser Tumor von festweicher Consistenz und weisslicher Farbe. Ähnliche kleinere Knötchen auf dem Colon transversum, dem Magen und besonders dem Mesenterium der Dünndärme.

Nach Lüftung des Sternum zeigt sich das Mediastinum vollständig durchsetzt von Knötchen ganz derselben Art.

Die Pleura beider Lungen ist spiegelnd glatt, jedoch sieht man an einzelnen Stellen zahlreiche subpleurale Knötchen stecknadelkopf- bis halblinsengross; auf dem Durchschnitt sind sie von markiger Consistenz und grauweisser Farbe. Über ihnen ist die Pleura leicht getrübt. Auch in den Bronchialdrüsen finden sich grauweisse Knoten.

Dicht über dem Pylorus des Magens findet sich ein ringförmiges ca. 3 markstückgrosses Ulcus mit wallartig aufgeworfenen, derben Rändern von deren Schnittfläche sich ein weisslicher trüber Saft abstreichen lässt.

Der Uterus ist nicht vergrössert, mit den Darmschlingen allseitig verwachsen. Die beiden Ovarien fehlen.

Die anatomische Diagnose lautet:

Adenocarcinoma ovarii utriusque Carcinoma ventriculi. Metastasen im Netz, im Peritoneum, in den Drüsen, ferner in der Pleura und im Mediastinum.

Auf das kombinierte Vorkommen maligner Geschwülste gleichzeitig in den Ovarien und im Magen konnte nur in KAUFMANN'S Lehrbuch der speziellen Pathologie ein bestimmter Hinweis gefunden werden. KAUFMANN betont, dass häufig bei Magencarcinom sich Metastasen in den Ovarien finden sollen. Nach den Fällen des hiesigen Instituts und auch nach den Erfahrungen des Herrn Prof. Dr. v. BAUMGARTEN aus seiner Königsberger Thätigkeit, die er die Liebenswürdigkeit hatte, mir mitzuteilen, ist aber das Vorkommen solcher Metastasen nicht so häufig.

Bei Beurteilung des gemeinsamen Vorkommens von malignen Geschwülsten in den zwei Organen kommt in Betracht, dass sie volltständig unabhängig von einander entstanden sein können, dass man also eine angeborene Anlage verschiedener Gewebe zu atypischer Wucherung anzunehmen hätte, wie ja auch in einem und demselben Körper Missbildungen in den verschiedenen Organen gleichzeitig vorkommen.

Eine zweite Möglichkeit ist, dass die Geschwulst des einen Organs die primäre ist und von dieser aus entweder auf dem Blut- oder auf dem Lymphwege Metastasen in das andere Organ erfolgt sind und zwar könnte sowohl das Ovarium als auch der Magen das primär erkrankte Organ sein.

Von den oben beschriebenen Fällen sind in zwei absolut eindeutig: Der Fall LUPFER, bei dem sich im Magen ein typisches Cylinderzellencarcinom und im Ovarium ein kleinzelliges Spindelzellensarkom fand und der Fall SCHMID, bei dem sich im Magen Cylinderzellencarcinom und im Ovarium Fibrosarcom fand. Ein Zusammenhang zwischen den beiden Tumoren ist natürlich auszuschliessen und es kann höchstens aus diesen beiden Fällen geschlossen werden, dass die Anlage zu einer atypischen Wucherung bei ihnen zu gleicher Zeit in zwei Organen vorhanden war.

In dem Falle SCHNEIDER ist dagegen eine vollständig gleichartige Neubildung im Magen und im Ovarium. In diesem Fall

kann also ein Zusammenhang der beiden Neubildungen angenommen werden. Allerdings muss der Zusammenhang der beiden Neubildungen nicht notwendig aus der Gleichartigkeit ihrer Zellen geschlossen werden, da ein derartiges Carcinom, sowohl im Ovarium als im Magen selbständig auftreten kann. Es ist auch auffallend, dass kein anderes Organ vom Blutwege aus ergriffen wurde, sondern nur in Magen und Ovarium Carcinome sich finden. Doch ist in diesem Falle als das Wahrscheinlichste anzunehmen, dass das Carcinoma ventriculi mit seinem typischen Sitz an dem Pylorus das primäre ist, und dass von diesem aus die Metastase in das Ovarium auf dem Blutwege stattgefunden hat.

Auch beim Fall TOMEDI kann das Carcinom des Ovariums als Metastase vom Magen aus aufgefasst werden, sei es auf dem Blutwege, wofür das Vorhandensein von Metastasen auch in den Lungen spricht, oder auf dem Lymphwege, wofür das Ergriffensein der retroperitonealen Lymphdrüsen und die disseminierten Peritonealmetastasen sprechen würden. Aber angenommen das Magencarcinom sei die Muttergeschwulst des Ovarialcarcinoms, so müssten die Ovarien des Mädchens vorher schon cystisch degeneriert gewesen sein, weil ja das Carcinom der Ovarien mit kleinen Colloidcysten durchsetzt ist, eine Voraussetzung, gegen die das Alter der Patientin nicht sprechen würde, da typische Ovarialkystome schon angeboren beobachtet wurden. Dagegen spricht das Alter sehr gegen die Annahme, dass das Magencarcinom das primäre gewesen sei, da Magencarcinome fast ausschliesslich erst nach dem 30. Jahre auftreten, so dass hieraus eher darauf geschlossen werden konnte, dass das Ovarialcarcinom das primäre war und von hier aus die Metastasen in den Magen und die übrigen Organe erfolgt waren.

Bewiesen wäre dies, wenn sich im mikroskopischen Bild des Magencarcinoms Becherzellen oder Becherzellencysten hätten finden lassen, was indessen nicht der Fall war. Auch

ohne diese Merkmale würde dieser Zusammenhang immer noch einige Wahrscheinlichkeit für sich haben, wenn im Magen sich verschiedene nicht zusammenhangende Geschwülste gefunden hätten. Da aber das Magencarcinom in ganz typischer Form an typischem Orte sitzt, so wird hiedurch die Annahme, dass es sich um eine Metastase vom Ovarium in den Magen handelt, sehr zweifelhaft.

Auch aus der Grösse der Tumoren kann kein Schluss dafür abgeleitet werden, welcher der ältere und welcher der jüngere sei. So kann auch in diesem Falle nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, ob es sich nicht doch um ein gleichzeitiges Auftreten der beiden Geschwülste unabhängig von einander in den beiden Organen gehandelt hat.

Der Fall Menz ist beinahe analog dem Falle Tomedi. Auch hier bestehen maligne degenerierte Ovarialkystome, auch hier ist ein Magencarcinom in loco typico mit zahlreichen teils auf dem Blutwege, teils auf dem Lymphwege erfolgten Metastasen vorhanden. Und auch hier liess sich durch die mikroskopische Untersuchung kein Beweis, aber auch kein Gegenbeweis, für den Zusammenhang der beiden Geschwülste erbringen. Nur das Alter der Patientin macht einen Unterschied, in dem die Menz sich in einem Alter befindet, in welchem sehr wohl das Magencarcinom primär aufgetreten sein konnte, das dann seinerseits zu Metastasen in den, wie sich aus der Anamnese ergiebt, schon vorher cystös degenerierten Ovarien geführt hätte. Aber auch hier kann nicht ausgeschlossen werden, dass nicht irgend eine Veranlassung gleichzeitig die Zellen des Ovarialkystoms und die Zellen der Magenwandung zu atypischer Wucherung angeregt hat.

Zusammengefasst ergiebt sich also, dass nur in 2 Fällen die Wahrscheinlichkeit vorhanden ist, dass die Geschwülste im Magen und im Ovarium in Abhängigkeit von einander

standen und zwar derart, dass das Ovarialcarcinom als eine Metastase des Magencarcinoms zu betrachten wäre.

Aber auch in diesen beiden Fällen konnte kein Beweis erbracht werden, dass dem so sein muss. Die Möglichkeit, dass es sich auch in diesen Fällen um eine unabhängig von einander erfolgte maligne Degeneration der beiden Organe handelte, ist nicht von der Hand zu weisen.

Es können somit alle 5 Fälle dahin gedeutet werden, dass die Anlage zu einer malignen Degeneration zu gleicher Zeit in verschiedenen Organen vorhanden sein kann, und dass diese Anlage dann gleichzeitig in mehreren Organen zum Ausdruck kommt.

Schliesslich sei mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. v. BAUMGARTEN für freundliche Überlassung des Materials, sowie für mannigfache Unterstützung bei Anfertigung dieser Arbeit auch an dieser Stelle gebührenden Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Martin Otto Lamparter, bin geboren am 10. November 1876 zu Stuttgart als Sohn des Gymnasialprofessors Gottlob Lamparter. Juli 1894 bestand ich nach 10jährigem Besuch des Königlichen Karlsgymnasiums zu Stuttgart die Reifeprüfung. Herbst 1894 bezog ich die Universität Tübingen zum Studium der Medizin. 1. April 1895 diente ich als Einjährig-Freiwilliger im Infanterieregiment Kaiser Friedrich (7. württ.) Nro. 125 zu Tübingen. Ende W.S. 1896|1897 bestand ich die ärztliche Vorprüfung. W.S. 1897|1898 und S.S. 1898 studierte ich in Berlin, um dann nach Tübingen zurückzukehren, wo ich im Laufe des W.S. 1900|1901 die ärztliche Staatsprüfung bestand. Meine Approbation als Arzt erhielt ich am 9. März 1901.

Seit 1. April 1901 diene ich als Einjährig-Freiwilliger Arzt in Stuttgart beim Infanterieregiment Kaiser Friedrich (7. württ.) Nr. 125.